

Van Emil Kraepelin tot DSM-5

Zoeken naar de ware aard van mentale ziekten

Leen De Vreese¹

Abstract – In 1899 Emil Kraepelin published the sixth and final edition of his handbook *Psychiatrie*, in which he proposed a classification of mental disorders which would form the basis for the later editions of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) of the American Psychiatric Association (from the 3rd edition onwards). This manual is often called “the bible of psychiatry”. In this paper we discuss the ongoing struggle of psychiatry to understand the causes of mental disorders and to come up with a scientifically grounded classification. We will show the parallel between Emil Kraepelin’s personal struggle with the matter – and his provisional solution – and the current tensions and opposing opinions in the debates surrounding the latest edition of the manual (DSM-5) and its possible future. It brings us to the question whether mental disorders are natural kinds, and whether or not a more theoretical (instead of descriptive) approach of psychiatric classification is possible after all. We will analyze the current philosophical debate on these topics and will come to the conclusion that the matter is still unresolvable, and that the situation has in that sense not much changed since the time in which Emil Kraepelin proposed his classification.



Inleiding

De recente geschiedenis van de psychiatrie kenmerkt zich door een doorgedreven zoektocht naar de biologische basis van mentale ziekten. Hoewel we in de voorbije decennia een enorme wetenschappelijke vooruitgang hebben geboekt op het vlak van onze neurobiologische en psychiatrische kennis, blijft die zoektocht desalniettemin een harde noot om kraken. Ondanks alle vooruitgang, bezitten we van weinig mentale ziekten zekere en duidelijke kennis over de biologische oorzaken of onderliggende causale mechanismen. De psychiatrie is dan ook een wetenschappelijke discipline die door weinig eensgezindheid wordt gekenmerkt, en die

1. Leen De Vreese is postdoctoraal onderzoeker aan het Centrum voor Logica en Wetenschapsfilosofie van de Universiteit Gent. Dit artikel is vrij beschikbaar onder de Creative Commons licentie CC-BY-NC-ND.

zich een weg zoekt tussen haar streven naar het vinden van haar natuurwetenschappelijke gronden enerzijds, en de aantrekkingskracht en/of noodzaak van een psychosociale benadering anderzijds. Dit gegeven is niet nieuw. Deze tweespalt begon zich af te tekenen van zodra de demonische en religieuze benaderingen van geestesziekten werden verlaten aan het einde van de Renaissance, en de psychiatrie in de nasleep van de Franse en industriële revolutie ontstond als specifieke wetenschappelijke tak van de geneeskunde. Men hoopte op de mogelijkheid van wetenschappelijke verklaringen van mentale ziekten op basis van (neuro)biologische kennis, maar steeds opnieuw werd en wordt deze hoop achterhaald door de realiteit en de complexiteit waar men in het onderzoek en in de klinische praktijk mee geconfronteerd wordt.

In dit artikel focussen we in het bijzonder op de belangrijke Duitse psychiater Emil Kraepelin (1865-1925) en zijn worsteling met de natuurwetenschappelijke methode die door vele van zijn collega's werd gevolgd in de periode van de eerste biologische psychiatrie. Kraepelin week hiervan af, maar trachtte op zijn eigen manier nog steeds de “natuurlijke ziekte-eenheden” achter mentale ziekten, en zo ook hun biologische oorzaken, te identificeren. Later stapte hij echter ook af van het idee dat dit mogelijk was en streefde hij naar een classificatie van mentale ziekten die er enkel nog op was gericht het verloop of de afloop van mentale ziekten te voorspellen. In 1899 publiceerde hij de zesde, definitieve editie van zijn handboek *Psychiatrie*, waarin hij een classificatie voorstelde die de grondslag zou vormen voor de latere *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) van de *American Psychiatric Association*. Deze laatste wordt nu soms ook “de bijbel van de psychiatrie” genoemd. Het is een wereldwijd gebruikt referentiewerk voor de psychiatrie en is intussen aan zijn vijfde editie toe.

Kraepelins handboek was de DSM van zijn tijd, maar tegelijkertijd stuitte zijn classificatie op verzet. Ook nu blijft de classificatie van mentale ziekten het onderwerp van discussie, zoals blijkt uit de hetze die ontstond omtrent de meest recente versie van de DSM (DSM-5, APA 2013). En ook nu lijkt een centrale vraag in de discussie nog steeds waar een classificatie zoals die in de DSM voor staat: moet en kan deze refereren aan de natuurlijke realiteit van mentale ziekten (op natuurwetenschappelijke basis) of moeten we ons (noodgedwongen) baseren op een beschrijving van de kenmerken van het gedrag van mentaal zieke personen?

In de inleiding van de eerstvolgende sectie van dit artikel vliegen we in vogelvlucht door de geschiedenis van de psychiatrie. Zo kunnen we het pionierswerk van Kraepelin situeren in de evolutie die de omgang met, en verklaring van, geestesziekten heeft doorgemaakt doorheen de tijd. Daarna gaan we dieper in op het werk van Kraepelin en leggen we de link met de DSM en haar evolutie tot op heden. Dit brengt ons ook naar de hamvraag in het huidige debat rond de laatste editie van de DSM (DSM-5, APA 2013): moeten we een meer theoretische weg

gaan bewandelen in de benadering van onze psychiatrische classificatie, of zijn er goede redenen om bij de descriptieve aanpak te blijven – d.i. het blijven volgen van de weg die sinds DSM-III (APA 1980) werd bewandeld?

In de derde sectie van dit artikel zoomen we in op een achterliggende vraag, en op hoe deze in het filosofische debat wordt beantwoord. Namelijk, zijn mentale ziekten wel echte, in de natuur bestaande entiteiten (natuurlijke soorten), of zijn het eerder sociale constructies (artificiële soorten)?

In de vierde sectie keren we terug naar onze vraag over de theoretische versus de descriptieve aanpak, en analyseren we de verschillende standpunten in het hedendaagse filosofische debat zoals dat in de aanloop naar, en nasleep van, het verschijnen van DSM-5 (APA 2013) is ontstaan. In het bijzonder bekijken we hoe de meningen over de vraag of mentale ziekten al dan niet natuurlijke soorten zijn, worden ingezet in dit debat.

In de vijfde sectie komen we tot conclusies over de huidige stand van zaken en het debat dat wordt gevoerd. We vragen ons af of de huidige discussie reeds op rationele gronden kan beslecht worden, of we daarentegen momenteel slechts te maken hebben met opinies waarvoor niet ten gronde te argumenteren valt. We zullen argumenteren voor dit laatste.

In de laatste sectie komen we tot een eindconclusie, en keren daarbij terug naar Kraepelins standpunt over de (on)mogelijkheid van een theoretische benadering, zoals hij het honderd jaar voorafgaand aan het verschijnen van de laatste editie van de DSM naar voren bracht. Het zal ons tonen dat er in zekere zin weinig is veranderd.

De geschiedenis van de psychiatrie in vogelvlucht

Van demonen tot hersenonderzoek

In primitieve culturen en in de oude beschavingen hadden demonen, bovennatuurlijke krachten en goden de overhand in de geneeskunst: men geloofde sterk in boze geesten of straffen van goden als de oorzaak van ziekte en men gebruikte bezweringsformules of andere magische middelen om hen te verdrijven uit de bezetenen.² Er zijn zelfs 7000 jaar oude schedels opgegraven waar schedelboringen op waren uitgevoerd: met vuurstenen werktuigen werden er gaatjes in geboord, zodat de boze geesten konden ontsnappen. Ook in de Klassieke Oudheid ziet men nog sterk de invloed van het idee dat ziekten het resultaat waren van de tussenkomst van goden. Toch startte hier ook de aandacht voor meer aardse verklaringen. Dit was vooral de verdienste van Hippocrates (460-377 v.C.). Hij

2. Deze korte geschiedenis van de psychiatrie is voornamelijk gebaseerd op de Kroon (1999) en Porter (2002/2003). De lezer die geïnteresseerd is in een uitgebreide beschrijving van de geschiedenis van de psychiatrie, verwijs ik graag door naar Porter (2002/2003) en Shorter (1997/1998).

stelde zich sceptisch op ten aanzien van het animistische wereldbeeld en gerelateerde verklaringen van ziekten. Liever zocht hij de verklaring voor ziekten in zijn humorale theorie. Hij ging ervan uit dat er vier levenssappen bestaan: bloed, slijm, gele gal en zwarte gal. Deze moeten in de juiste verhouding verdeeld zijn over het lichaam. Zoniet zal één van de sappen de overhand nemen en ziekte veroorzaken. Wanverhoudingen kunnen voorkomen of genezen worden door een verstandige levenswijze of door middel van medische ingrepen, zoals een aangepast dieet of aderlatingen. Voor Hippocrates vormen de hersenen het centrum van de emoties en waarnemingen, en staan ze ook onder invloeden van buitenaf zoals warmte en koude,... die kunnen leiden tot waanzin. Hippocrates en zijn opvolgers beschreven ook een aantal “mentale ziekten” die sterke gelijkenissen vertonen met wat wij nu bijvoorbeeld zien als depressie, melancholie en fobieën. Ze waren waarschijnlijk de eersten die een classificatiesysteem van verschillende soorten geestesziekten hebben opgesteld. Al werd het idee van een hogere macht die alle individuen beïnvloedde niet helemaal verlaten, is het duidelijk dat door de ideeën van Hippocrates en zijn opvolgers de magische verklaringen op de achtergrond kwamen. De Romeinse geleerden maakten gebruik van de Griekse verworvenheden op het vlak van de geneeskunde en borduurden verder op de rationalistische insteek, met Galenus van Perganum (131-200 n.C.) als belangrijkste auteur. De houding ten aanzien van geesteszieken was dubbel: soms werd er gepleit voor een zachte aanpak, maar vaak werden ze hardhandig aangepakt.

De opkomst van het Christendom, dat aan het eind van de 4de eeuw als Romeinse staatsgodsdienst werd erkend, vormde de basis voor een vernieuwde dominantie van de demonische visie op de oorzaak van geestesziekten: het was de uiting van het bezit door de duivel, of een straf van God. Deze religieuze opvattingen werkten door in de Middeleeuwen en de Renaissance, met onder andere ook martelingen en heksenvervolgingen tot gevolg. Na 1650 begon de elite zich terug te distantiëren van het idee dat waanzin een bovennatuurlijke oorzaak had. Waanzin werd vanaf dan terug voornamelijk vanuit een medisch oogpunt benaderd.

Sinds de Griekse en Romeinse tijd werd de familie verantwoordelijk gehouden voor de zorg voor geesteszieke mensen, en aangemaand om hen thuis te houden. Tegen het einde van de Middeleeuwen begon men geesteszieken officieel af te zonderen in torens, kerkers, kloosters of gestichten. Deze ontwikkeling zette zich door in de Renaissance (1500-1800), de periode waarin de eerste “tuchthuizen” opdoken. De opvatting was toen nog steeds overwegend dat de oorzaak van geestesziekten bezetenheid door de duivel is, maar de geesteszieke zelf kreeg daarvan niet langer de schuld zoals voorheen. De tuchthuizen dienden echter nog geen enkel therapeutisch doel, maar kenmerkten zich door verloedering en wreedheden als ketenen en zweepslagen. Daar kwam verandering in met de opkomst van het rationalisme, vanaf ca. 1800. In deze periode startte de humanisering in de

benadering van geesteszieken en nam de kwaliteit van de zorg toe. De omslag werd ingezet door het toenemende belang van de verlichtingsidealen, de Franse en de industriële revolutie. In deze periode kende de medische wetenschap ook een belangrijke groei en ontstond de psychiatrie als specifieke tak van de geneeskunde. Een belangrijke Franse voortrekker van de humanistische aanpak was Philippe Pinel (1745-1826). Hij wordt gezien als de man achter de “ontketening” en pleitte voor het achterwege laten van dwangmiddelen en geweld. Hij zag “krankzinnigheid” als een psychische stoornis, die dan ook met een psychologische benadering moest behandeld worden. Veranderingen volgden in heel Europa. Zo werd in Nederland in 1841 de Krankzinnigenwet ingevoerd, waardoor krankzinnigheid als een ziekte werd erkend. En in Vlaanderen was Joseph Guislain (1797-1860), soms ook de Belgische Pinel genoemd, een belangrijke hervormer van de psychiatrische inrichtingen.

Emil Kraepelin (1865-1926)

De tweede helft van de 19de eeuw kenmerkte zich door de opkomst van het natuurwetenschappelijk denken in de psychiatrie.³ De pathologie van geestesziekten alsook de verwantschap met lichamelijke ziekten werd vanuit de natuurwetenschappelijke invalshoek onderzocht en men beschreef en classificeerde geestesziekten in al hun klinische vormen. Emil Kraepelin was een belangrijke Duitse psychiater die leefde en werkte in deze periode – die door Edward Shorter (1997/1998) “de eerste biologische psychiatrie” wordt genoemd. Kraepelins werk zou er echter tegelijkertijd ook het einde van inluiden.

In de vele psychiatrische gestichten die in de loop van de 19de eeuw waren ontstaan, lag de focus meer en meer – noodgedwongen door de steeds hogere patiëntenaantallen – op klinische zorg. De behandeling van de patiënten op wetenschappelijke basis kwam daarbij op de achtergrond. Omstreeks 1900 waren de gestichten, alsook de status van hun psychiaters, hierdoor tot een absoluut dieptepunt afgezaakt. Er werd echter ook buiten de gestichten door 19^{de}-eeuwse psychiaters getracht om de psychiatrie een wetenschappelijke basis te bezorgen. Het is het werk van deze psychiaters dat kadert binnen “de eerste biologische psychiatrie”. Zoals Shorter (1997/1998) aangeeft, verwijst deze aanduiding eerder naar een beweging van denkbeelden, dan naar concrete methoden of wetenschappelijke theorieën. Kenmerkend voor psychiaters binnen deze beweging was dat ze de relatie tussen de geest en de hersenen op een *systematische* manier trachtten te onderzoeken. Men startte proeven op dieren en mensen, testte geneesmiddelen en

3. De historische informatie in deze sectie is gebaseerd op Shorter (1997/1998), hoofdstuk 3. Wie geïnteresseerd is in een meer uitgebreide en genuanceerde beschrijving van de periode van “de eerste biologische psychiatrie”, kan ik aanbevelen om dit hoofdstuk in Shorter erop na te lezen.

deed hersenonderzoek bij lijkschouwelingen. Men zocht naar verbanden tussen bevindingen die men deed bij autopsies en de symptomen die patiënten voor hun overlijden hadden vertoond. Men deed onderzoek naar de anatomische structuur van de hersenen (o.a. met behulp van de microscoop) en men zocht naar specifieke beschadigingen bij overleden patiënten. De kernvraag was hoe beschadigde of afwijkende hersenstructuren, hersenchemie en ook erfelijke factoren⁴ mensen ziek maakten en welke therapieën effect konden hebben. Hiermee trachtten psychiaters de klinisch-pathologische methode, die zijn ingang had gevonden in de algemene geneeskunde, ook toe te passen in de psychiatrie.

Dit soort onderzoek werd meestal gedaan door psychiaters die waren verbonden aan universiteiten en wetenschappelijke instituten, eerder dan gestichten. Een halve eeuw van onderzoek bracht echter weinig op wat van echte waarde was voor de klinische psychiatrie. De afstand tussen de universitaire psychiaters en het doelpubliek van hun bevindingen was dan ook bijzonder groot.

Kraepelin week af van deze psychiaters in zijn werkwijze en interesses. Ten eerste had hij een oogkwaal, waardoor het voor hem niet mogelijk was om, zoals vele van zijn collega's deden, voortdurend door een microscoop naar hersenen te turen. Bovendien was hij, eveneens in tegenstelling tot vele van zijn collega's, sterk geïnteresseerd in de menselijke psychologie als dimensie van een psychiatrische ziekte. Dit bracht er hem toe om – na verloop van tijd en een reeks academische omzwervingen – niet langer te focussen op de anatomische analyse van afzonderlijke symptomen, maar veeleer op zoek te gaan naar patronen in de symptomen zoals ze zich toonden in het verloop van de ziektes van zijn patiënten. Op basis van zijn analyse van deze patronen onderscheidde hij vervolgens verschillende ziektes. Voor Kraepelin waren de kernvragen aldus wat het precieze verloop van de ziekte van zijn patiënten was en wat er gebeurde aan het einde van hun levensloop. Hij introduceerde hiermee een longitudinale visie. Veeleer dan psychiatrische ziekten te benaderen door middel van het maken van een dwarsdoorsnede (het analyseren van de specifieke problemen die patiënten hebben op één bepaald moment en deze proberen in verband te brengen met neurologische bevindingen en resultaten uit *post mortem* hersenonderzoek), benaderde hij de problemen vanuit de context van de levensgeschiedenis van zijn patiënten. Zijn hoofddoel was om op basis van zijn analyses de evolutie van een ziekte bij toekomstige patiënten te kunnen voorspellen. De methode die Kraepelin hierbij hanteerde was het gebruik van systeemkaarten van al zijn patiënten. Op deze kaarten noteerde hij zorgvuldig de naam, de

4. In deze periode ontstond niet alleen de overtuiging dat psychiatrische ziekten vaak een erfelijke component hebben. Bovendien was men er ook van overtuigd dat deze ziekten verergerden naarmate ze van generatie op generatie werden doorgegeven. Dit werd aangeduid met de term degeneratie. Ook al is dat laatste idee binnen de academische psychiatrie vrij snel terug terzijde geschoven, het werd overgenomen door de eugenetica en verspreidde zich binnen de Europese cultuur, met gekende noodlottige gevolgen.

voorgeschiedenis, een eerste diagnose, eventuele herzieningen van deze diagnose, en de toestand bij ontslag uit het ziekenhuis. Op die manier kreeg hij meer zicht op onjuiste diagnoses die werden gesteld, en de redenen voor deze valse diagnoses. Tijdens zijn vakanties nam Kraepelin zijn kaarten mee om ze naast elkaar te leggen en er terugkerende patronen in te proberen ontwaren.

De resultaten van zijn analyses verwerkte Kraepelin in de opeenvolgende edities van zijn *Compendium der Psychiatrie*. De eerste editie daarvan, uit 1883, schreef hij uit geldnood en voorafgaand aan de periode waarin hij zijn systeemkaarten hanteerde en analyseerde. De inhoud van deze eerste editie was dan ook niet belangwekkend. Maar vanaf de editie van 1893 werd het duidelijk dat Kraepelins systeemkaartenmethode vruchten begon af te werpen. In deze editie omschreef hij ook zelf zijn uiteindelijke doel, namelijk proberen de grootst mogelijke natuurwaarheid te bereiken: de identificatie van natuurlijke ziekte-eenheden. (Kraepelin 1893, zoals geparafraseerd in Shorter 1997/1998, p. 119). Het was Kraepelins overtuiging dat hij enkel vat kon krijgen op de kern van psychiatrische ziekten en een onderbouwde classificatie kon opstellen door te focussen op hun verloop en afloop, en niet op willekeurige symptomen: “Ik heb elke poging tot classificatie (van psychosen) op grond van symptomen opgegeven,” (Emil Kraepelin 1896, zoals geciteerd en vertaald in Shorter 1997/1998, p. 120) stelde hij in het voorwoord van de editie van zijn boek uit 1896. Voor Kraepelin onderscheidden psychiatrische ziektebeelden zich niet door een onderscheid in bepaalde symptomen (ieder willekeurig symptoom kan in meerdere psychiatrische aandoeningen voorkomen), maar in specifieke, systematische symptoompatronen. Aangezien men in de psychiatrie geen fysiologische testen kan doen die rechtstreeks tot een diagnose leiden, moet men zich volgens Kraepelin richten op deze symptomenpatronen. Bijgevolg is dus niet het kennen van de oorzaak, maar wel van de prognose het belangrijkste voor Kraepelin.

Kraepelin bleef desalniettemin een aanhanger van het medisch model. Hij geloofde echt dat aan elke psychiatrische problematiek een hersenziekte of ander biologisch ziektebeeld ten grondslag lag. Bovendien was hij ervan overtuigd dat men deze biologische oorzaken ooit ook zou ontdekken. Hij was echter ook van mening dat de wetenschap in zijn tijd nog niet voldoende ver gevorderd was om de biologische oorzaken van psychiatrische ziekten te kunnen achterhalen. Het was dus de stand van de wetenschap die er hem toe dwong om de biologische psychiatrie achter zich te laten:

Zolang we klinisch niet in staat zijn ziekten te classificeren op basis van hun oorzaken en de verschillende oorzaken uit elkaar te houden, zullen onze opvattingen omtrent de etiologie noodzakelijkerwijs onduidelijk en tegenstrijdig blijven. (Kraepelin (1896), zoals geciteerd en vertaald in Shorter (1997/1998, p. 120))

In de zesde editie van zijn boek, dat werd uitgegeven in 1899, kregen Kraepelins ideeën hun definitieve vorm. Het eindresultaat van de opeenvolgende edities van zijn boek was een overzichtswerk met een classificatie van psychiatrische ziekten die de grondslag zou worden voor de derde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III (APA 1980)) en haar opvolgers. Ondanks het belang van zijn werk, werd het in zijn tijd zeker niet door iedereen gewaardeerd. Carl Wernicke⁵, bijvoorbeeld, oordeelde dat het werk van Kraepelin te oppervlakkig was.

Van Kraepelin tot de neo-Kraepeliniaanse beweging

Na de eerste biologische psychiatrie kwam er een tegenbeweging, weg van de (her-)biologie, en meer gericht op het psychologische en de sociale factoren⁶. In die periode was de invloed van Sigmund Freud (1856-1939) en zijn psychoanalyse groot, voornamelijk in Amerika. Dit is gedeeltelijk te verklaren door de successen van psychoanalisten tijdens Wereldoorlog II. Daarnaast ontstond in deze periode eveneens een sociaal-activistische beweging in Amerika waarbij werd gepleit om psychiatrische patiënten uit de staatsziekenhuizen te halen en op te vangen in de lokale gemeenschappen. Deze evoluties leidden oorspronkelijk tot hoop – na de mislukking van de eerste biologische psychiatrie – en hadden gedurende een aantal decennia een belangrijke invloed op de psychiatrie. Maar uiteindelijk konden noch de psychoanalisten, noch de sociale activisten bereiken wat ze beloofden, wat ook leidde tot een negatief beeld bij het grote publiek.

Er volgde een periode waarin de psychiatrie het zwaar te verduren kreeg. Zo ontstond in de jaren '60 een anti-psychiatrische beweging. Een belangrijke voor- trekker van deze beweging was de psychiater Thomas Szasz (1920-2012). In 1960 publiceerde hij *The Myth of Mental Illness*, waarin hij zijn visie verdedigde dat psychiatrische ziekten “pseudoziekten” zijn en dat de psychiatrie een maatschappelijk controlesysteem is. Hij gaat daarbij uit van een vergelijking met somatische ziekten, die volgens hem van een heel andere orde zijn. Het gebruik van medische termen in de psychiatrie is daarom volgens hem niet te rechtvaardigen. Een andere belangrijke kritische stem was deze van Michel Foucault (1926-1984) met o.a. zijn boek *Folie et Dérison: Histoire de la folie à l'âge classique* (1961). Hij sloot zich aan bij de overtuiging dat de macht van de psychiatrie misbruikt werd als een vorm van staatscontrole.

5. Carl Wernicke (1848-1905) was de biologische psychiater en tijdgenoot van Emil Kraepelin die het naar hem genoemde gebied van Wernicke in de hersenen lokaliseerde. Dit gebied is belangrijk voor ons begrip van taal.

6. De historische informatie in deze sectie is voornamelijk gebaseerd op Decker (2007).

Ook de wetenschappelijkheid van de psychiatrie werd onder vuur genomen. Vooral de experimenten van David Rosenhan (1929-2012) vormden een enorme blaam voor de discipline. Rosenhan was een psycholoog die op experimentele wijze de betrouwbaarheid van psychiatrische diagnoses wou testen. In 1973 publiceerde hij een artikel in *Science*, getiteld '*On being sane in insane places*', waarmee hij wou aantonen dat de diagnoses van Amerikaanse psychiaters geen wetenschappelijke basis hadden en dat hun beslissingen tot de gedwongen opname van patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis niet op een rationele manier gebeurde. Om dit te bewijzen voerde hij een experiment uit waarbij pseudopatiënten toegang probeerden te verkrijgen tot verschillende psychiatrische instellingen in de Verenigde Staten op basis van geveinsde auditieve hallucinaties. Ze werden allemaal opgenomen en gediagnosticeerd met een psychiatrische ziekte (voornamelijk schizofrenie). Eens opgenomen gedroegen ze zich echter terug normaal, en vertelden ze aan de medische staf dat ze geen nieuwe hallucinaties meer hadden gekregen. Desalniettemin werden ze allemaal voor langere tijd opgenomen in het ziekenhuis. Dit vormde voor Rosenhan het bewijs dat de psychiaters geen manier hadden om mentaal gezonde van mentaal zieke mensen te onderscheiden.

In datzelfde jaar besliste de *American Psychiatric Association* bovendien om homoseksualiteit niet langer als een psychiatrische ziekte te beschouwen. Wat daarbij op veel kritiek stuitte, was dat die beslissing diende te gebeuren op basis van een stemming, wat alweer de wetenschappelijkheid van de psychiatrische leer onderuit haalde.

De vele kritische stemmen⁷ leidden tot een hernieuwde vraag naar een meer biologisch georiënteerde, wetenschappelijke psychiatrie, die zijn uiting vond in de neo-Kraepeliniaanse beweging. Deze ontstond in de jaren '60 en '70 van de vorige eeuw aan de Washington University in St Louis, en werd getrokken door Eli Robins (1921-1994), Samuel Guze (1924-2000) en George Winokur (1925-1996). Ze hingen de Kraepeliniaanse visie aan dat men moest focussen op de beschrijving van mentale ziekte, en daarbij enige speculatie over de oorzaken ervan achterwege moest laten aangezien hierover te weinig kennis voorhanden was. Ze hoopten dat de beschrijvende psychiatrie zou leiden tot een betere communicatie onder alle psychiaters en op die manier ook een eerste stap zou vormen naar goed onderzoek en wetenschappelijke vooruitgang.

7. Ik geef in deze sectie slechts een zeer beknopt en selectief overzicht van de periode tussen Kraepelin en de neo-Kraepelinianen. Dit overzicht is zeker niet volledig. Ook zijn er belangrijke verschillen tussen de overtuigingen van de genoemde bewegingen en kritische stemmen waar ik hier niet verder op inga. Voor meer details over deze geschiedenis verwijs ik de lezer graag opnieuw naar Porter (2002/2003) en Shorter (1997/1998), alsook naar Decker (2007). In het kader van dit hoofdstuk volstaat het dat de lezer inziet hoe er – vanuit historisch oogpunt – een heen- en weerbeweging was, weg van en terug naar een biologische psychiatrie.

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Zoals reeds gezegd is de DSM een wereldwijd gebruikt referentiewerk voor de psychiatrie en is hij intussen aan zijn vijfde editie toe.⁸ Het biedt een overzicht en classificatiesysteem van alle erkende psychiatrische ziekten met een opsomming van hun kenmerkende symptomen en het vormt een standaardwerk voor de psychiatrische diagnostiek. In de literatuur wordt naar dit werk vaak verwezen als “de bijbel van de psychiatrie”, wat het belang van dit referentiewerk voor de psychiatrische praktijk aangeeft. Het wordt niet alleen gebruikt door psychiaters zelf, maar is een algemene standaard voor de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg, en dat zeker in de westerse wereld. Het wordt gebruikt door overheden en zorgverzekeraars (als basis voor beslissingen in verband met terugbetalingen van medische kosten), als uitgangspunt voor onderzoek en als studieboek.

DSM-I (gepubliceerd in 1952) en DSM-II (gepubliceerd in 1968) werden uitgegeven in de na-oorlogse periode en waren psychoanalytisch gericht. De classificatie van mentale ziekten gebeurde in deze vroege versies op basis van de psychoanalytische theorieën over de oorzaken van ziekten.

De neo-Kraepelinianen zetten zich echter af tegen de classificatie van mentale ziekten zoals ze gebeurde in deze eerste twee versies. Met de uitgave van DSM-III in 1980 kwam er dan ook een neo-Kraepeliniaanse wending. DSM-III (APA 1980) markeert wat men de “Amerikaanse psychiatrische revolutie” noemt. De neo-Kraepeliniaanse aanpak die voorop werd gesteld, leidde tot een atheoretisch perspectief met betrekking tot de etiologie van mentale ziekten. De aanpak was vanaf deze versie, en tot op heden, puur beschrijvend. De verschillende psychiatrische aandoeningen die worden opgelijst in de DSM worden sinds DSM-III gekarakteriseerd met behulp van een lijst van operationele criteria. Deze beschrijven enkel de (gedrags)symptomen waardoor de mentale stoornissen opgelijst in de DSM worden gekenmerkt.⁹ Voor het opstellen van de lijsten in DSM-III werd gewerkt met wat

-
8. De historische informatie in deze sectie is gebaseerd op Decker (2007), Demazeux (2015) en Tsou (2016).
 9. Zo wordt, bijvoorbeeld, de vermijdende-persoonlijkheidsstoornis in de laatste editie van de DSM (DSM-5) beschreven aan de hand van volgende kenmerken, waarvan er minstens vier aanwezig moeten zijn voor het stellen van deze diagnose:
 1. Vermijdt beroepsmatige activiteiten die significante interpersoonlijke contacten met zich meebrengen, vanwege vrees voor kritiek, afkeuring of afwijzing.
 2. Is onwillig om betrokken te raken met mensen, tenzij hij of zij er zeker van is aardig te worden gevonden.
 3. Gedraagt zich gereserveerd in intieme relaties vanwege de vrees voor gek te worden gezet of te worden uitgelachen.
 4. Is gepreoccupeerd met de gedachte in sociale situaties te worden bekritiseerd of afgewezen.
 5. Is gereemd in nieuwe interpersoonlijke situaties vanwege insufficiëntiegevoelens.
 6. Beschouwt zichzelf als sociaal onbeholpen, onaantrekkelijk als persoon, of minderwaardig ten opzichte van anderen.
 7. Is uitzonderlijk onwillig om persoonlijke risico's te nemen of nieuwe activiteiten te ontplooiën omdat hij of zij hierdoor in verlegenheid zou kunnen worden gebracht.
 (Overgenomen uit DSM-5. *Beknopt overzicht van de criteria* (2014, p. 459.))

men in de literatuur met enige ironie de “*BOGSAT*-methode” noemt (cf. Steeves Demazeux (2015)). *BOGSAT* is een acroniem afgeleid van “*Bunch Of Guys Sitting Around a Table*”. De werkwijze bestond er namelijk in om een groep experts samen te brengen om hen vanuit hun kennis en ervaring te laten discussiëren over de criterialijsten om zo tot een consensus te komen over de karakterisering van mentale ziekten. Het was dan wel de bedoeling om de psychiatrische ziekteleer een meer wetenschappelijke richting te doen inslaan, men bleef zich op deze manier dus noodzakelijkerwijs baseren op opinies en overtuigingen, ook al kwamen deze van experts. Op deze werkwijze is dan ook veel kritiek gekomen, omwille van het feit dat ze nog steeds té onwetenschappelijk was volgens velen.¹⁰ Ook wordt er vaak op gewezen dat deze werkwijze de deur opent om de categorie “mentaal ziek” steeds verder te verruimen, omdat de interpretatie van de criteria door de gebruiker van de DSM heel vrij en ruim kan gebeuren.¹¹ In de aanloop naar de versies volgend op DSM-III klonk dan ook een steeds luidere roep naar een DSM die nog meer gesteund zou zijn op wetenschappelijke data, en minder op de opinies van experts.

DSM-5 en verder: beschrijvende of theoretische benadering van mentale ziekten?

De geschiedenis van de psychiatrie toont ons dat er doorheen de tijd een pendelbeweging is geweest tussen een eerder psychosociale benadering van de psychiatrie, en een (hang naar) een meer natuurwetenschappelijke basis voor de discipline. Idealiter zou dit laatste moeten leiden naar een categorisering van mentale ziekten op basis van een puur theoretische benadering. Een theoretische benadering komt neer op een etiologische benadering, waarbij men een nauwkeurige beschrijving van de biologische oorzaken geeft op basis waarvan men de verschillende ziektecategorieën kan onderscheiden. Dit impliceert echter dat we ook voldoende kennis nodig hebben van die biologische oorzaken. Deze kennis lijkt echter, tot op heden, nog niet voorhanden. Om die reden hebben zowel Kraepelin, als de neo-Kraepelinianen die zetelden in de commissie die de DSM-III (APA 1980) ontwikkelde, alsook hun opvolgers die werkten aan DSM-III-R (APA 1987), DSM-IV (APA 1994), DSM-IV-TR (APA 2000) en DSM-5 (APA 2013)¹², noodgedwongen moeten kiezen voor

10. Deze kritiek doet terugdenken aan de kritiek van Wernicke op Kraepelins methode, namelijk dat deze té oppervlakkig was. (cf. bovenstaande sectie over Emil Kraepelin)

11. We kunnen hierbij bijvoorbeeld denken aan de discussies over de medicalisering van mentale ziekten en over de bedenkelijke snelheid waarmee het aantal diagnoses van specifieke ziekten zoals ADHD toeneemt en wordt uitgebreid naar andere bevolkingsgroepen (bv. ADHD bij volwassenen). (Zie bv. Nieweg (2012)).

12. DSM-III-R en DSM-IV-TR zijn herziene versies van achtereenvolgens de derde editie van de DSM (DSM-III) en de vierde editie (DSM-IV). Vanaf de laatst verschenen versie (DSM-5) heeft men ervoor gekozen om niet langer met romeinse cijfers te werken.

een beschrijvende benadering. Al was er sinds de Amerikaanse psychiatrische revolutie een voorkeur voor een theoretische benadering, de realiteit was dat deze telkens opnieuw onhaalbaar leek omwille van een tekort aan wetenschappelijke kennis.

De bedoeling van de ontwikkelaars van de opeenvolgende edities van de DSM is nochtans steeds geweest om zich meer en meer te baseren op wetenschappelijke data, en hoe langer hoe minder op de meningen van experts. De ontwikkelaars van de meest recente editie (DSM-5) beloofden dan ook eindelijk echt die omslag te maken. Er was zelfs sprake van een nieuwe “paradigmaverschuiving”, waarbij men de puur beschrijvende benadering zou loslaten. Zo werd in één van de rapporten van de *DSM-5 taskforce* gesteld:

[L]imitations in the current [neo-Kraepelinian] diagnostic paradigm suggest that research exclusively focused on refining the DSM-defined syndromes may never be successful in uncovering their underlying etiologies. For that to happen, an as yet unknown paradigm shift may need to occur...” (Kupfer et al. 2002, p. xix).

Maar het uiteindelijke resultaat was op dat vlak zeer ontgoochelend voor wie grote verwachtingen had. In de vijfde editie van de DSM is immers niet zoveel veranderd ten opzichte van de twee voorgaande versies. Het ironische aan de situatie is dat uitgerekend het wetenschappelijke revisiecomité de meest conservatieve stem in de discussie is gebleken, hoewel het speciaal voor de voorbereiding van deze editie was opgericht met de bedoeling om het revisieproces meer wetenschappelijk gestuurd te maken. De commissie bestond uit een onafhankelijk panel dat de wetenschappelijke basis voor voorgestelde aanpassingen moest evalueren. Maar dit comité hield, bij gebrek aan voldoende wetenschappelijke gronden, veel van de voorstellen tegen (Demazeux 2015).¹³

De ‘bereavement exclusion’, betrouwbaarheid en geldigheid

In de aanloop naar, en nasleep van, de publicatie van DSM-5 in 2013 is er heel veel discussie gevoerd, zowel binnen het academisch milieu als daarbuiten. Eén van de meest besproken discussies was deze over het schrappen van de “*bereavement exclusion*” (dit betreft rouw in het kader van het overlijden van een geliefd persoon) bij de criteria voor majeure depressie. In dit geval heeft het wetenschappelijke revisiecomité de betwiste wijziging wel goedgekeurd, maar zoals verderop

13. Demazeux (2015, p. 19) citeert hierover Kenneth S. Kendler, die voorzitter was van dit wetenschappelijk revisiecomité, wanneer hij stelt: “it is interesting to note that Kendler acknowledges, over time, that “the SRC [scientific review committee] was among the most conservative of voices, typically (although not always) arguing against the inclusion of changes advocated by the WGs [Work Groups]” (Kendler 2013)”.

duidelijk zal worden, gebeurde dit niet op basis van wetenschappelijke evidentie over de onderliggende biologische mechanismen en oorzaken van majeure depressie – d.i. het soort wetenschappelijke input waar men vooral doelde op te steunen voor de herziening van DSM-5 – maar wel op basis van onderzoek naar het verloop van rouwprocessen en verwerkingsprocessen bij andere verlieservaringen.¹⁴

In de DSM-IV-TR wordt majeure depressie gecategoriseerd als een stemmingsstoornis, gekarakteriseerd door de volgende criteria:

- a. Depressed mood (e.g. feelings of sadness or emptiness) or loss of pleasure in usual activities
 - b. At least four of the following symptoms must be present nearly every day:
 - (1) significant weight changes or changes in appetite
 - (2) insomnia or hypersomnia
 - (3) psychomotor agitation or retardation
 - (4) fatigue or loss of energy
 - (5) feelings of worthlessness or inappropriate guilt
 - (6) diminished concentration or indecisiveness
 - (7) recurrent thoughts of suicide, suicide ideation, or a suicide attempt
 - c. There is impairment in social or occupational functioning
- (APA, 2000, pp. 356, 375-376 zoals geciteerd in Tsou 2013, p. 464)

Om de diagnose majeure depressie te krijgen, moet men gedurende minstens twee weken aan deze criteria voldoen. Volgens de *bereavement exclusion* die werd toegevoegd in DSM-III en DSM-IV moest men de symptomen van een majeure depressie echter normaliseren in het geval van het overlijden van een door de patiënt geliefd persoon. In dat geval redeneerde men dus dat de depressieve symptomen konden worden gezien als een normale reactie op het verlies, ook indien de betreffende persoon aan de DSM-criteria voor een “majeure depressie” diagnose voldeed. De rouwreactie werd wel als echt gezien, maar niet als een echte ziekte, tenzij ze heel extreme vormen aannam (bv. wanneer de persoon een gevaar was voor zichzelf of de omgeving), of langer dan acht weken aanhield. De voorstanders van deze exclusie meenden dat het schrappen ervan in de DSM-5 zou lijden tot overdiagnosticering van depressie, overmatig voorschrijven van antidepressiva, en het ontkennen van de “natuurlijke rouwreactie”. De tegenstanders van de exclusie overtuigden het wetenschappelijk revisiecomité echter met wetenschappelijk onderzoek dat enerzijds aantoonde dat depressieve episodes (gedefinieerd volgens de DSM-criteria) niet alleen werden getriggerd door rouwervaringen, maar ook door andere verlieservaringen (bv. verlies van job, echtscheiding,

14. Het betreft hier dus eerder een soort evidentie die analoog is aan wat Kraepelin in zijn tijd trachtte te achterhalen op basis van zijn systeemkaarten, bij gebrek aan kennis over de onderliggende biologische oorzaken en mechanismen.

enz.) – wat er voor zorgde dat het speciaal statuut dat aan rouwervaringen werd gegeven in functie van de exclusie in vraag kon worden gesteld. Anderzijds werd het wetenschappelijk revisiecomité overtuigd door onderzoek dat aantoonde dat mensen die in goede mentale gezondheid verkeren, voldoende veerkracht hebben zodat ze na een verlies door overlijden niet langdurig de intense symptomen vertonen die nodig zijn om een diagnose “majeure depressie” te stellen (dit komt dus neer op niet langer dan twee weken).¹⁵ (Zachar 2014)

Een belangrijke kritiek op de nieuwste versie van DSM is dat, door nog steeds te kiezen voor de beschrijvende benadering, de focus ook nog steeds ligt op het vergroten van de betrouwbaarheid (*reliability*), wat niet noodzakelijk bijdraagt aan de geldigheid (*validity*) van de categorieën. Bij een streven naar betrouwbaarheid, wil men dat de beschrijvingen ervoor zorgen dat eenzelfde diagnose zal gesteld worden door verschillende artsen. Het gaat dus in de eerste plaats om een duidelijk en eenduidig gebruik van de termen waarmee men naar verschillende mentale toestanden verwijst. In het voorbeeld van depressie bij rouw, gaat het er om dat alle artsen ofwel niet, of juist wel een majeure depressie diagnose kunnen stellen in de periode van 2 tot 8 weken na het overlijden van een geliefde naaste van de betrokken persoon. Bij geldigheid ligt de focus daarentegen op de vraag of de diagnostische categorieën ook échte (i.e. in de natuur voorkomende) mentale ziekten classificeren. De vraag is dan of majeure depressie een in de natuur voorkomende ziekte is, en zo ja, of dezelfde neurologische mechanismen die haar veroorzaken ook aan het werk zijn in het geval van een intense rouwreactie met gelijkaardige symptomen. Indien men zou kunnen aantonen dat dit het geval is, zou dit de verwijdering van de *bereavement exclusion* in de DSM ondersteunen. Indien men daarentegen zou kunnen aantonen dat het om (deels) verschillende (biologische) mechanismen gaat, dan zou dit juist voor het behouden van de *bereavement exclusion* kunnen pleiten.

Zoals reeds werd gesteld, is het opvallend aan de discussie omtrent de *bereavement exclusion* in aanloop naar DSM-5 dat de wetenschappelijke data waarop werd gesteund niet te maken hadden met onderliggende biologische mechanismen of genetische of andere biomarkers voor het diagnosticeren van depressie – d.i. het soort wetenschappelijke input waar men op hoopte voor de herziening van DSM-5. De beschrijving van de kenmerken van majeure depressie op zich is niet gewijzigd. Ondanks het feit dat we wel enige (en toenemende) kennis hebben over de neurobiologie van depressie (cf. Tsou 2013), werd deze nog niet geïntegreerd in de diagnostische criteria van de DSM. Onze huidige neurobiologische kennis maakt het ons dan ook nog niet mogelijk om op basis van een neurologische test of een fysisch onderzoek de correctheid (in de betekenis van geldigheid)

15. Merk op dat dit niet betekent dat ze emotioneel niet sterk kunnen zijn aangedaan door het gebeuren en er dus emotioneel zwaar kunnen onder lijden!

van de majeure depressie diagnose (ook in geval van intense rouw of andere verlieservaringen) te bevestigen of ontkennen. De wetenschappelijke evidentie waarop werd gesteund om de *bereavement exclusion* te schrappen is op zich van een beschrijvende (en niet theoretische) aard. Dit maakt de beslissing van het wetenschappelijk revisiecomité op basis van die evidentie niet noodzakelijk onterecht. Het toont wel aan dat ook het revisiecomité zich noodzakelijkerwijze op beschrijvende kennis (eerder dan theoretische kennis) moest baseren. Dit voorbeeld illustreert dan ook dat de overstap naar een meer theoretische benadering in de DSM geen voor de hand liggende opdracht is.

De discussie in verband met de *bereavement exclusion* ging bovendien over de vraag of psychische symptomen in bepaalde situaties genormaliseerd kunnen worden. Deze vraag kan niet beantwoord worden op basis van enkel uitgebreidere theoretische kennis over onderliggende mechanismen. Naast wetenschappelijke data over de etiologie van een depressie, spelen hierin vooral ook waarden en normen een rol. Het toont dat bepaalde discussiepunten met betrekking tot de classificatie van mentale ziekten waarschijnlijk overeind blijven, ook indien we over een volledige(re) theoretische kennis van de etiologie van mentale ziekten zouden beschikken.

Hoe dan ook, indien we de overstap willen maken naar een geldige diagnostische classificatie (d.i. een classificatie van in de natuur voorkomende mentale ziekten), hebben we een theoretische, in plaats van een beschrijvende, benadering van mentale ziekten nodig. Dit vooronderstelt echter ook dat er echte, in de natuur voorkomende mentale ziekten zijn. De omslag maken van een descriptieve naar een puur theoretische benadering kan dus alleen als psychiatrische ziekten ‘natuurlijke soorten’ zijn. Dit brengt ons tot het debat over de vraag of mentale ziekten ‘natuurlijke soorten’ zijn, dat ik in de volgende sectie bespreek.

Mentale ziekten en natuurlijke soorten

Zijn mentale ziekten natuurlijke soorten?

Eerst en vooral, wat zijn ‘natuurlijke soorten’? De term natuurlijke soorten wordt gebruikt in contrast met de term artificiële soorten¹⁶. Natuurlijke soorten zijn natuurlijke klassen van dingen, eigenschappen of processen die we kunnen ont-

16. In de Engelstalige literatuur worden de termen *natural kind* en *artificial kind* gebruikt. In de ruime literatuur over *natural kinds* worden deze soms ook gecontrasteerd met ‘*social kinds*’. In de meer specifieke literatuur met betrekking tot *natural kinds* in de psychologie, maakt men soms het contrast met ‘*mental kinds*’ (bv. Kincaid and Sullivan (eds.) (2014)). Hier hou ik me aan een Nederlandse vertaling van de termen zoals zij worden gehanteerd in Tsou (2012, 2016). In de informatie die volgt met betrekking tot het onderscheid tussen beide en het belang ervan, baseer ik me eveneens op Tsou (2012, 2015, 2016) alsook op Cooper (2007).

dekken. Ze bestaan onafhankelijk van degene die hen classificeert. Het gaat typisch om het soort dingen die worden geclassificeerd door de natuurwetenschappen, bijvoorbeeld de chemische elementen. Het betreft de “echte” eigenschappen van onze wereld. Artificiële soorten zijn daarentegen conventionele klassen van dingen, eigenschappen of processen die wij uitvinden. Het zijn arbitraire klassen, die wel een bruikbare sociale functie vervullen maar die geen natuurlijke basis hebben. Deze bestaan niet onafhankelijk van degene die classificeert. Het zijn eerder het soort dingen die worden bestudeerd in de humane wetenschappen. Voorbeelden van artificiële soorten zijn ‘driehoeken’, ‘geld’, ‘voertuigen’, ‘stoelen’,... Typische voorbeelden van natuurlijke soorten worden verondersteld onveranderlijk te zijn. Dit geldt het duidelijkste voor de elementen in de chemie en fysica. Biologische soorten, die ooit ook als paradigmatisch voorbeeld van natuurlijke soorten werden gezien, zijn onderhevig aan verandering omwille van de evolutie en daardoor dus minder stabiel. Soorten die worden onderscheiden in de psychologie en sociologie zijn nog minder stabiel. Zoals Ian Hacking (1995a) argumenteerde, krijgt men in de humane wetenschappen bovendien ook te maken met *looping* effecten. Met deze term wordt verwezen naar een vorm van sociale feedback, waarbij mensen zich naar een bepaalde classificatie kunnen gaan gedragen (bv. als ze de diagnose depressie hebben gekregen). Mensen veranderen dus omwille van de wijze waarop ze geclassificeerd worden, wat op zijn beurt ook weer een effect kan hebben op de invulling die gegeven wordt aan de termen die men hanteert om mensen te classificeren. Dit is iets wat zeker ook van toepassing is op de psychiatrische diagnostiek.¹⁷

Waarom is het nu zo belangrijk om na te denken over het onderscheid tussen natuurlijke soorten en artificiële soorten in het kader van de discussie over de wetenschappelijkheid van de psychiatrie? Tsou (2015) somt volgende redenen op: indien we kunnen argumenteren dat een psychiatrische ziekte een natuurlijke soort is, dan hebben we ook redenen om aan te nemen dat de ziekte “echt” is (en dus geen sociale constructie) en dat haar symptomen gelijkaardig zullen zijn in alle gevallen. Dit zorgt er ook voor dat we betrouwbare conclusies kunnen trekken over de meest aangewezen behandeling. Verder leert het ons iets over de aard van de oorzaken, en zorgt het ervoor dat onze kennis over de ziekte projecteerbaar is (dit betekent dat we onze kennis over één geval kunnen extrapoleren naar andere gevallen). Als het onderwerp van de psychiatrie natuurlijke soorten betreft, dan verhoogt dat ook de wetenschappelijke status van de psychiatrie, en brengt het haar op één lijn met de somatische geneeskunde. Dit laatste vormt dan tenslotte ook een basis voor de weerlegging van het antipsychiatrisch gedachtengoed.

De vraag of we moeten streven naar een meer wetenschappelijke, theoretische

17. Voor een uitgebreide case study, zie Ian Hacking (1995b).

benadering van mentale ziekten, of dit daarentegen een onbereikbaar streven is, verschuift dus naar de vraag of we in de psychiatrie natuurlijke soorten bestuderen, of eerder artificiële (sociaal geconstrueerde) soorten.

Voor beide standpunten zijn er argumenten te vinden in de literatuur. Sommige auteurs beweren dat psychiatrische ziekten geen natuurlijke soorten kunnen zijn (bv. Peter Zachar (2000)). Anderen zijn er dan weer wel van overtuigd dat (echte) psychiatrische ziekten als natuurlijke soorten kunnen worden gezien (bv. Tsou (2012, 2015, 2016)). Het verschil in hun standpunten kan gedeeltelijk worden verklaard vanuit het feit dat ook de term natuurlijke soort verschillende invullingen krijgt in de literatuur, en dat men er afhankelijk van de striktheid van de invulling van de term een andere mening op kan nahouden. In de volgende sectie gaan we kort op deze verschillende invullingen in.

Natuurlijke soorten in soorten en maten

Rachel Cooper (2007, hoofdstuk 4) onderscheidt in de literatuur minstens drie mogelijke verschillende invullingen van de term natuurlijke soort: een essentialistische interpretatie, één volgens de Aristotelische traditie of één volgens de *kinds-in-science* traditie.

Binnen de essentialistische interpretatie van natuurlijke soorten gaat men er van uit dat natuurlijke soorten gekenmerkt worden door één duidelijke essentiële eigenschap, die ook hun aard bepaalt. De essentie van de chemische elementen zou bijvoorbeeld het atoomnummer kunnen zijn. De chemische elementen, maar ook de fundamentele deeltjes in de fysica, vormen de perfecte voorbeelden van natuurlijke soorten volgens de essentialistische interpretatie. Deze meest strikte interpretatie is echter niet toepasbaar op biologische soorten. De grote genetische en fenotypische variatie binnen één soort maakt het immers onmogelijk om te kunnen spreken van een duidelijke essentiële eigenschap die de aard van een biologische soort bepaalt. Filosofen die redeneren vanuit deze interpretatie stellen dat er ook voor psychiatrische ziekten niet zo een essentie kan gegeven worden en dat psychiatrische ziekten bijgevolg dus ook geen natuurlijke soorten kunnen zijn (bv. Zachar (2000)).

Binnen de Aristotelische traditie worden classificaties niet enkel van belang geacht voor de verklaring van het gedrag van hun leden, maar ook om kwesties met betrekking tot identiteit, ontwikkeling en verandering te begrijpen. Binnen deze traditie gaat men dus niet uit van een enkele, onveranderlijke essentiële eigenschap. Sommige soorten kunnen hun identiteit behouden terwijl ze veranderen, en dit is dan evenzeer een typerende eigenschap van die soort. Als een rups bijvoorbeeld tot vlinder verpopt, dan blijft dat hetzelfde dier (hetzelfde individu), omdat deze verandering nu net typerend is voor de soort waartoe ze behoren.

Een laatste traditie die door Cooper (2007) wordt onderscheiden is de *kinds-in-science* traditie. Deze gaat uit van de kracht van classificatie in de wetenschappen en is dus geïnteresseerd in het onderscheiden van soorten die het mogelijk maken om succesvolle classificaties te maken (d.i. succesvol in het kader van wetenschappelijke vooruitgang). De focus ligt binnen deze traditie dus op de verklarende kracht van classificaties. Terwijl, bijvoorbeeld, biologische soorten niet als natuurlijke soorten kunnen worden gezien volgens de essentialistische interpretatie omwille van de grote genetische en fenotypische variatie (cf. boven), kunnen ze dat wel binnen deze ruimere *kinds-in-science* traditie: denken in termen van biologische soorten blijkt immers vanuit wetenschappelijk oogpunt zeer bruikbaar en succesvol te zijn – ondanks de variatie. Het succes van de classificatie van mentale ziekten volgens de DSM is daarentegen voor meer discussie vatbaar. Desalniettemin is het duidelijk dat filosofen die mentale ziekten zoals onderscheiden in de DSM als natuurlijke soorten willen verdedigen, hierbij eerder zullen terugvallen op deze ruimere interpretatie van een natuurlijke soort dan op een zeer strikte, essentialistische interpretatie.

Ook James Philips (2013) maakt het onderscheid tussen de groep filosofen die een bepaalde groep entiteiten pas een natuurlijke soort wil noemen als men ze kan omschrijven aan de hand van essentiële eigenschappen en anderen die een ruimere opvatting hebben van de notie natuurlijke soort. Hij verwijst in het bijzonder naar de visie van John Dupré (1993), die wijst op de grote verscheidenheid in de entiteiten in onze wereld, en in onze wijzen om deze te classificeren. Dit leidt Dupré tot een graduele visie op natuurlijke soorten: iets kan een natuurlijke soort zijn in een zeer sterke of in een zeer zwakke betekenis, of in alle mogelijke gradaties daartussen. Steunend op deze visie, stelt Philips:

In a strict sense all medical and psychiatric conditions would be judged as not natural kinds because in every case designating something as a disease involves a human value judgment. A broken bone may be an objective, strong natural kind, but declaring the broken bone an ailment involves a value judgment that does not inhere in the bone. (2013, p. 150)

Philips argumenteert dan ook dat het beter is om over medische en psychiatrische condities te denken in termen van gradaties in de mate van natuurlijke soort zijn. Zo stelt hij dat bv. HIV en de ziekte van Huntington als vrij sterke natuurlijke soorten kunnen gezien worden, terwijl bv. migraine en schizofrenie eerder als zwakke natuurlijke soorten moeten gezien worden. Volgens Philips kunnen psychiatrische ziekten zoals ze worden onderscheiden en geclassificeerd in de DSM over het algemeen slechts gelden als zwakke natuurlijke soorten:

At this point in time all psychiatric disorders are weak natural kinds, albeit some weaker than others. As weak natural kinds, we will group them as it seems useful for whatever purpose we have in mind. (2013, p. 151)

Uit dit citaat mag duidelijk blijken dat de visie van Philips aansluit bij de *kinds-in-science* traditie die door Cooper (2007) werd onderscheiden.

Ook binnen de groep van psychiatrische ziekten (zoals die worden opgesomd in de DSM) kunnen we verschillende gradaties in de mate van natuurlijke soort zijn, onderscheiden. Enerzijds zijn er bijvoorbeeld de neurodegeneratieve stoornissen (zoals de ziekte van Alzheimer) die – op basis van de huidige wetenschappelijke kennis – sterkere natuurlijke soorten lijken dan bv. de persoonlijkheidsstoornissen (zoals bv. ADHD). Voor Alzheimer is er meer overtuigende etiologische kennis en kennis over bv. biomerkers en genetische factoren beschikbaar. Daartegenover is de verklarende kracht van de onderliggende neurobiologische factoren voor ADHD waarnaar wordt verwezen in de literatuur veel minder overtuigend. Zoals ik heb verdedigd in De Vreese (2014), kan ADHD daarom beter als een ‘praktische soort’ dan als een ‘natuurlijke soort’ worden gezien.¹⁸ Stel dat we aannemen dat we over psychiatrische ziekten in termen van gradaties van de mate van natuurlijke soort zijn moeten denken en dat we daarbij ook veronderstellen dat sommige psychiatrische ziekten die nu worden onderscheiden in de DSM slechts heel zwakke kandidaten zijn voor de status ‘natuurlijke soort’ (of helemaal geen natuurlijke soort zijn). Dan duidt dit op een probleem voor de overgang naar een theoretische benadering. We hebben immers aangegeven dat we pas tot een volledig theoretische benadering kunnen overgaan indien psychiatrische ziekten ook echt natuurlijke soorten zijn. De realiteit van psychiatrische ziekten zou er echter één kunnen zijn waarbij we veeleer te maken hebben met continua, vage grenzen tussen verschillende ziekten en veel grijze zones. Een meer pragmatische aanpak in plaats van een strikte classificatie lijkt dan het beste bij de complexiteit van die realiteit aan te sluiten (cf. De Vreese 2014).¹⁹

18. Ik steun in De Vreese (2014) op een taxonomie van Nick Haslam (2002), die daarin van een essentialistische interpretatie van ‘natuurlijke soort’ uitgaat, maar daarnaast verschillende andere, zwakkere soorten onderscheidt waarin de ‘natuurlijke soort’ status in toenemende mate betwistbaar is. Categorieën die onder de ‘praktische soort’ vallen, worden onderscheiden omwille van pragmatische, praktische redenen en niet op basis van de veronderstelling dat ze gedefinieerd kunnen worden door één kenmerkende eigenschap of één essentieel onderliggend mechanisme.

19. Ik dank een anonieme reviewer om me te wijzen op het belang van deze toevoeging.

De beschrijvende of de theoretische benadering (bis)?

De mogelijkheid van een theoretische benadering: van sterk optimisme tot sterk pessimisme

In de tweede sectie van dit artikel hebben we gezien hoe de psychiatrie doorheen de tijd steeds heeft geworsteld met de vraag of en hoe een meer natuurwetenschappelijke benadering van psychische ziekten mogelijk was. Tot op heden heeft deze vraag geen duidelijk antwoord gekregen. We hebben gezien dat het uiteindelijke antwoord in belangrijke mate afhankelijk is van het antwoord op de vraag of we psychiatrische ziekten kunnen zien als natuurlijke soorten.

De derde sectie brengt ons echter tot de conclusie dat het antwoord op deze laatste vraag vooralsnog evenmin duidelijk is, temeer aangezien de term natuurlijke soort verschillende interpretaties kan krijgen: van een zeer enge essentialistische invulling waarbij men van een natuurlijke soort verlangt dat deze kan gedefinieerd worden aan de hand van één enkele essentiële eigenschap, tot een zeer ruime pragmatische invulling waarbij men enkel verlangt dat een opdeling in soorten leidt tot een succesvolle wetenschappelijke classificatie.

In het (filosofische) debat dat zich ontspon in de aanloop naar, en nasleep van, het verschijnen van DSM-5 (APA 2013) kunnen we dan ook een viertal posities ten aanzien van de (on)mogelijkheid van een theoretische benadering van de psychiatrische classificatie onderscheiden²⁰:

Sterk Optimistische Visie:

Een (omslag naar) een theoretische benadering van de classificatie van psychiatrische ziekten is mogelijk. We hebben nu reeds voldoende wetenschappelijke kennis tot onze beschikking om dit te realiseren.

Zwak Optimistische Visie:

Een (omslag naar) een theoretische benadering van de classificatie van psychiatrische ziekten is nog niet mogelijk, maar zal in de (nabije) toekomst wel mogelijk zijn. In de tussentijd moeten we noodgedwongen terugvallen op een (gedeeltelijk) descriptieve benadering.

Zwak Pessimistische Visie:

Een (omslag naar) een theoretische benadering van de classificatie van psychiatrische ziekten is nog niet mogelijk, en zal dat ook niet zijn in de nabije toekomst. Gegeven onze huidige kennis, is elke poging om nu reeds een theoretische benadering te forceren een vorm van wetenschappelijk ongeduld.

20. De verschillende posities zijn niet strikt te onderscheiden, maar bevinden zich op een continuüm. Deze vierdeling werpt wel een licht op de mogelijke stellingnames.

Sterk Pessimistische Visie:

Het verdedigen van een (omslag naar) een theoretische benadering van de classificatie van psychiatrische ziekten is een vorm van wetenschappelijke ideologie. De enige benadering die (misschien) mogelijk is en – ook in de toekomst – mogelijk zal zijn, is een beschrijvende benadering.

Deze posities hangen vaak samen met een bepaalde visie op de mate waarin psychiatrische ziekten natuurlijke soorten vormen. Eén van de strategieën in het debat is dan ook om de (on)mogelijkheid van een theoretische benadering te beargumenteren op basis van de verdediging van een specifiek standpunt met betrekking tot psychiatrische ziekten als natuurlijke soorten. Bijgevolg kunnen we duidelijke parallellen zien tussen de mogelijke posities ten aanzien van de mogelijkheid van een theoretische benadering en de houding die auteurs hebben ten opzichte van het idee dat psychiatrische ziekten natuurlijke soorten zijn.

De optimistische visie: Jonathan Tsou als voorbeeld

Jonathan Tsou (2012, 2013, 2015, 2016) is tegelijkertijd een fervent verdediger van het standpunt dat (echte)²¹ psychiatrische ziekten natuurlijke soorten zijn en een belangrijk voorvechter van een verschuiving naar een meer theoretische benadering in de DSM. Hij is ervan overtuigd dat we nu reeds over voldoende wetenschappelijke kennis beschikken om deze samenhangende standpunten te onderbouwen:

The important question is not *whether* but *how* theoretical information could be integrated and on what basis its diagnostic categories could be revised. (2015, p. 53.)

Hij verdedigt meer concreet dat we van sommige psychiatrische ziekten kunnen stellen dat ze natuurlijke soorten zijn omdat onze wetenschappelijke kennis aan toont dat we in alle gevallen van deze ziekten wel degelijk te maken hebben met een gelijkaardige onderliggende biologische causale structuur. Tsou (2013, 2015, 2016) steunt hierbij op de visie van Kenneth Kendler, Peter Zachar en Carl Craver (2011) dat natuurlijke soorten in de psychiatrie het beste kunnen gezien worden als wat zij “*mechanistic property clusters (MPCs)*” noemen. Het idee is dat de essentie van deze natuurlijke soorten niet ligt in één enkele essentiële eigenschap, maar

21. Het idee is hier dat psychiatrische ziekten waarvoor we niet de kennis hebben die hun status als natuurlijke soort kunnen onderbouwen, ook geen echte psychiatrische ziekten zijn. Tsou (2013, 2016) verdedigt zo het standpunt dat bijvoorbeeld depressie en schizofrenie echte psychiatrische ziekten zijn, terwijl bv. histerie en narcistische persoonlijkheidsstoornis artificiële soorten zijn.

in een netwerk van biologische mechanismen op verschillende niveaus (moleculaire mechanismen, ontwikkelingsmechanismen en neurobiologische mechanismen) die zo interageren dat ze in verschillende instanties van de soort dezelfde kerneigenschappen produceren. In zijn werk verdedigt Tsou dat onder andere schizofrenie en depressie psychiatrische ziekten zijn die als *MPC kinds* kunnen tellen. Hierbij steunt hij ook op kennis uit de psychofarmacologie over de vermeende invloed van farmacologische producten op de neurobiologische mechanismen in onze hersenen. Op basis van deze argumenten stelt Tsou dat de DSM nu reeds veel meer kennis over biologische oorzaken zou kunnen incorporeren in haar psychiatrische classificatie. Dat dit niet is gebeurd in de laatste editie, vindt hij een teken van wetenschappelijke stagnatie.

Tsou's standpunt valt ergens tussen de bovenvermelde sterk en zwak optimistische positie in te situeren. Enerzijds hamert hij zeer sterk op het feit dat van echte psychiatrische ziekten nu reeds duidelijk is dat zij resulteren uit stabiele onderliggende biologische mechanismen.²² Anderzijds pleit hij voor een soort hybride benadering, waarbij de descriptieve benadering van de DSM grotendeels behouden zou blijven als uitgangspunt, maar deze zou worden aangevuld en onderbouwd met theoretische kennis. Het is daarbij heel duidelijk dat zijn pleidooi voor het feit dat psychiatrische ziekten natuurlijke soorten zijn het belangrijkste deel van zijn argumentatie vormt. Deze argumentatie zal echter niet door iedereen zo gemakkelijk aanvaard worden. Ze stoelt duidelijk op een sterk reductionistische, neurobiologische benadering van psychiatrische ziekten. Wat door Tsou bovendien als een overtuigende hoeveelheid wetenschappelijke kennis wordt beschouwd, wordt door anderen veeleer als een nog veel te beperkte en versnipperde hoeveelheid kennis gekenschetst. Ook het deel van zijn argumentatie waarbij hij terugvalt op de farmacologie, wordt door anderen in de literatuur tegengesproken.²³

De pessimistische visie: James Philips en Joel Paris als voorbeelden

Het optimisme over de wetenschappelijke vooruitgang in de psychiatrie (en de mate waarin deze het idee dat psychiatrische ziekten natuurlijke soorten zijn, kan ondersteunen) is dus bij andere auteurs dan Jonathan Tsou veel minder uitgespro-

22. Tsou lijkt hierbij te steunen op een soort Aristotelische interpretatie van natuurlijke soorten.

23. Dan Stein (2014) beargumenteert bijvoorbeeld overtuigend dat "psychofarmacologische dissectie" (het onderscheiden van mentale ziekten op basis van de effecten van psychofarmaca op mentale toestanden) van mentale ziekten vaak mislukt, en dat de veronderstelling dat dit mogelijk is in toenemende mate wordt tegengesproken door onze empirische kennis. Bijvoorbeeld, antipsychotica en antidepressiva blijken effectief te zijn voor het behandelen van andere mentale ziekten naast, respectievelijk, psychosen en depressie. Ook James Philips (2013) en Joel Paris (2013) argumenteren tegen dit idee in hun bijdragen aan Kincaid and Sullivan (eds.) (2014).

ken. Zo haalde ik eerder aan dat James Philips (2013) op basis van het werk van Dupré (1993) argumenteert dat psychiatrische ziekten over het algemeen zwakke natuurlijke soorten zijn. Voor Philips betekent dit echter niet dat onze psychiatrische categorieën op geen enkele wijze naar echte psychiatrische ziekten verwijzen. Hij volgt hierbij de redenering van Allen Frances (cf. Philips, Frances et al. (2012)) dat psychiatrische categorieën in de DSM constructies zijn, die wel verwijzen naar echte psychiatrische ziekten, maar dit op een inaccurate manier doen (zie ook Frances (2013)). Dit vormt dus een aanvullend argument ter ondersteuning van het feit dat deze categorieën zwakke natuurlijke soorten zijn: ze classificeren wel echte entiteiten in onze wereld, maar doen dat niet op zo een manier dat de categorieën gepaard gaan met noodzakelijke en voldoende voorwaarden. In de somatische geneeskunde hebben we vaker te maken met testen of fysiologische of anatomische kenmerken die ons een bepaalde aandoening met hoge zekerheidsgraad in een bepaalde categorie kunnen laten situeren – wat die ziektecategorie dan ook tot een sterkere natuurlijke soort maakt. Philips (2013) verwijst daarentegen naar de complexiteit van psychiatrische ziekten om aan te tonen dat het veel minder voor de hand liggend is om hetzelfde te kunnen bereiken binnen de psychiatrie. Ter ondersteuning van zijn argumentatie verwijst ook hij naar het werk van Kenneth Kendler (2012), om er dan vervolgens een tegenovergestelde conclusie uit te trekken dan Tsou. Philips citeert Kendler (2012, p. 385; geciteerd in Philips 2013, p. 155):

The results of the empirically based pluralistic analysis of the causes of SZ, MD and AD reinforce the conclusions from a prior essay that the commonly expressed wish to develop an etiologically based nosology for psychiatric disorders is deeply problematic. Psychiatric disorders are a result of multiple etiological processes impacting on many different levels and often further intertwined by mediational and moderational interactions between levels. It is not possible a priori to identify one privileged level that can unambiguously be used as the basis for developing a nosologic system.

Philips' conclusie is dat de veroorzaking van psychiatrische ziekten zo complex is, dat deze bij geen twee individuen op dezelfde wijze verloopt. Als we al ooit alle factoren die leiden tot psychiatrische ziekte in kaart zouden kunnen brengen, dan zal dat resultaat vooral de complexiteit van de situatie tonen, en niet tot een eenduidige nosologie leiden. Het komt erop neer dat elke persoon met een psychiatrische ziekte strikt genomen zijn eigen specifieke ziekte zal hebben.

Uit Philips' (2013) argumentatie komt een veel gematigder positie naar boven dan deze van Tsou. Hij neigt naar een zwak pessimistische houding ten aanzien van de mogelijkheid van een theoretische benadering: onze kennis zal wel verder evo-

lueren, maar zal vooral een heel grote complexiteit laten zien die het onmogelijk maakt om een eenduidige psychiatrische classificatie te ontwikkelen waarin al onze theoretische kennis geïntegreerd is. Philips pleit daarom voor een meer pragmatische houding, waarbij we kiezen voor die benadering of vorm van classificatie die onze doelen best kunnen dienen, zonder daarbij noodzakelijk te streven naar volledige validiteit. Je zou dan ook kunnen stellen dat Philips meer een Kraepeliniaanse wijze van argumenteren volgt, zij het dan wel met een groter optimisme met betrekking tot de wetenschappelijke vooruitgang. Bij Philips is het niet zozeer het tekort aan wetenschappelijke kennis dat de reden vormt tot het betwijfelen van de mogelijkheid van een theoretische benadering, maar eerder de steeds groter wordende complexiteit die ons wordt getoond doorheen de steeds groeiende kennis.

Ook Joel Paris (2013) verwijst naar de complexiteit van (het onderzoek naar) mentale ziekten. Hij klaagt het wetenschappelijk ongeduld aan, en stelt dat het sterk te betwijfelen valt of grote veranderingen in de theorie en praktijk van de psychiatrie binnen ons handbereik liggen. Met volgende claim schaaft Paris (2013, p.41) zich dan ook achter een tamelijk sterk pessimistische visie:

DSM-5 had no choice but to continue with a provisional and pragmatic classification system based on phenomenological observation. The establishment of biological mechanisms and markers remains a long-term goal. But DSM-5 has been written for 2013, not for 2063 or 2113.

De onmogelijkheid van eender welke classificatie?

Daarnaast gaan er kritische stemmen op die de mogelijkheid en/of het nut van elke mogelijke vorm van classificatie, zij het vanuit een descriptieve of theoretische benadering, in vraag stellen. Zo verklaren bijvoorbeeld Stuart Kirk en collega's (2015, p. 65) de DSM als wetenschappelijk project dood:

The scientific effort failed: after countless studies into the possible biological bases of mental disorders diagnosed using DSM-III (APA 1994 (sic.)) and its successors, no revision including DSM-5 could incorporate a single biological criterion as a reliable marker for the existence of, let alone the cause for, any mental disorder.

Voor Kirk en zijn collega's is het vinden van die biologische criteria geen kwestie van tijd, maar is het idee dat dit mogelijk is wetenschappelijke hoogmoed en ligt het basisprobleem bij de vooronderstelling dat allerlei vormen van menselijk gedrag ziekten zijn die in een medische classificatie kunnen gegoten worden. Ook Demazeux (2015, p. 21) stelt het medische model voor de psychiatrie in vraag:

Perhaps the fact that the DSM has stayed unsuccessful thus far is not the result of some methodological shortcoming but instead may depend on the general model the DSM has endorsed from the 1980s on, i.e. the medical model of mental illness. Many categories listed in the DSM may not be true diseases after all.

Deze kritische stemmen komen van auteurs die zich hoogstwaarschijnlijk ook helemaal niet zullen vinden in het idee dat mentale ziekten natuurlijke soorten vormen. Eerder lijken zij mentale ziekten te zien als sociale constructies. Deze kritieken die allen het medisch model op zich in vraag stellen voor de psychiatrie, brengen ons bij een verdere vraag waarover nog steeds hevig wordt gediscussieerd in de literatuur: namelijk wat is een ziekte? En wat is, meer precies, een mentale ziekte? We kunnen op deze vragen niet verder ingaan binnen het bestek van dit artikel. Maar het is duidelijk dat ook voor deze vragen geen sluitend en eenduidig antwoord te vinden is, en dat de verschillende opinies hierover ook de posities in de debatten over een theoretische versus descriptieve benadering van de psychiatrische classificatie en over mentale ziekte als natuurlijke soort mee bepalen.

Conclusie: een zaak van onvergeliijkbare standpunten?

In de vorige sectie hebben we gezien dat de verschillende posities die worden verdedigd met betrekking tot de vraag of we moeten en/of kunnen streven naar een meer theoretische benadering van de classificatie van psychiatrische ziekten in belangrijke mate samenhangen met de positie die men aanhangt ten aanzien van de vraag of mentale ziekten al dan niet natuurlijke soorten zijn. Samenvattend kunnen we zeggen dat er een duidelijke samenhang is tussen enerzijds het ontkennen dat mentale ziekten natuurlijke soorten zijn, de overtuiging dat een descriptieve benadering het beste/enig mogelijke is, en een focus op het belang van de pragmatische bruikbaarheid (*reliability*) van psychiatrische classificaties. Daartegenover is er, omgekeerd, vaak een samenhang tussen de positie dat mentale ziekten natuurlijke soorten zijn (van een of andere sterkere of zwakkere vorm), het idee dat een theoretische benadering (op termijn) mogelijk is en een focus op de validiteit (echtheid) van onze psychiatrische classificaties.

De vraag die zich nu opdringt, is of we op rationele gronden de keuze kunnen maken tussen deze twee “strekkingen” in de literatuur. Is een neutraal en degelijk wetenschappelijk onderbouwd standpunt op dit moment mogelijk in dit debat? Het lijkt van niet. Zoals we hebben gezien, wordt de kennis die voorhanden is door verschillende auteurs in het debat op zeer uiteenlopende wijzen geïnterpreteerd. Wat door de ene geïnterpreteerd wordt als een overweldigende wetenschappelijke basis om te argumenteren voor mentale ziekten als natuurlijke soorten, is

voor de andere nog slechts zeer beperkte kennis en helemaal niet toereikend. Op dit moment gebeurt het verdedigen van de ene of de andere positie dan ook puur op basis van persoonlijke opinies, eerder dan op wetenschappelijke, empirische gronden. Het enige wat echt duidelijk is, is dat er nog heel veel onduidelijkheid is. Als we vanop enige afstand naar dit debat kijken, zien we dat het momenteel nog onbeslisbaar is.

Daarnaast is gebleken uit het voorbeeld van de discussie over majeure depressie – en de normalisering hiervan in het kader van rouw – dat enkel meer theoretische kennis niet noodzakelijk al onze vragen met betrekking tot classificatie zouden oplossen. Ook waarden en normen, en wat we op basis hiervan normaal vinden en/of verwachten, spelen duidelijk een belangrijke rol in hoe we over mentale ziekten denken. Deze rol valt niet noodzakelijk helemaal weg van zodra we meer theoretische kennis hebben en deze integreren in onze classificatie. Dat impliceert verder ook dat we over de categorieën in onze classificatie mogelijks anders moeten gaan denken. Zoals eerder aangegeven zou de realiteit (in termen van validiteit) van psychiatrische ziekten er één kunnen zijn waarbij we te maken hebben met continua, vage grenzen en veel grijze zones. Een strikte classificatie in termen van zwart-wit categorieën lijkt dan niet het beste bij de complexiteit van die realiteit aan te sluiten. Er is dus niet enkel de vraag of en hoe we de overgang naar een meer theoretische benadering kunnen maken, maar ook de vraag hoe we zo een theoretische benadering kunnen en willen toepassen op een complexe realiteit.

De geschiedenis lijkt zicht steeds opnieuw te herhalen: we blijven heen en weer slingeren tussen enerzijds (de hoop op) een biologische psychiatrie volgens het medisch model en anderzijds een (noodzakelijk) teruggrijpen naar een psychosociaal model. Het lijkt erop dat het te vroeg is om sterke uitspraken te doen of extreme posities aan te nemen, en dat we de tijd de kans moeten geven om ons te tonen waar de toekomst ons heen zal leiden. Maar in de tussentijd lijkt het debat ook te belangrijk om het niet te voeren. Het heeft immers belangrijke gevolgen. Niet enkel moeten we beslissen over waar we naartoe willen met de DSM. Het gaat veel ruimer over de toekomst van de psychiatrie als wetenschap en over haar streven naar een medisch model. Het gaat over de vraag hoe we het best wetenschappelijke vooruitgang kunnen boeken in de psychiatrie. Het gaat ook over het vermijden van ver doorgedreven medicalisering. En het gaat, niet in het minst, over hoe we de beste zorg kunnen verlenen.

Op dit moment is het echter zelfs nog niet helemaal duidelijk waarover we het eigenlijk precies hebben wanneer we over mentale ziekten spreken; we stellen nog in vraag of het medisch model al dan niet van toepassing is; onze kennis over de (mogelijke) oorzaken van mentale ziekten is beperkt; en we hebben uiteenlopende ideeën over de doelen van de DSM en over de manier waarop deze bereikt kunnen

worden. We staan dus zeker niet in de beste positie om grote revoluties te prediken. Bijgevolg is de beste houding die we kunnen aannemen er één met een open geest, maar ook zeer kritische blik. Tegelijkertijd is het belangrijk dat we ons nederig blijven opstellen, om wetenschappelijke hoogmoed en ideologie te vermijden. We kunnen een constructieve discussie trachten te voeren, waarin de grote onzekerheden en de nog beperkte kennis binnen het psychiatrische en neuro(bio)logische domein worden erkend. Dit betekent ook dat we openlijk moeten erkennen dat we met een tijdelijke, pragmatische classificatie werken, die niet ideaal is maar tot op zekere hoogte wel de organisatie van – en communicatie binnen – de psychiatrische zorg mogelijk maakt. Ook naar het ruime publiek toe moeten we over al deze onduidelijkheden en onzekerheden durven te communiceren.

Slotoverweging: Behoud of vooruitgang?

In wat voorafging, hebben we gezien dat er nog onvoldoende kennis en onvoldoende wetenschappelijke eensgezindheid is om een omslag te kunnen maken naar een sterk theoretisch gebaseerde psychiatrische nosologie. Het ontbreekt ons alsnog aan de kennis en argumenten die een sterk optimistische visie op een overtuigende manier kunnen onderbouwen. Zelfs Jonathan Tsou, de meest optimistische auteur in het filosofische debat, gaat niet voluit voor de sterk optimistische visie.

Er valt in de discussie geen keuze te maken die niet vooruitloopt op de stand van zaken. Voorlopig moeten we dan ook het midden houden tussen een zwak optimistische en zwak pessimistische visie. Al hebben we in de voorbije decennia een niet te ontkennen vooruitgang geboekt in het wetenschappelijk onderzoek, Kraepelins standpunt van een eeuw terug is nog steeds aan de orde:

At present we are at every step met by obscurity and doubt in forming a practical judgment on the material of clinical experience. We are still so far removed from a real knowledge of the causes, phenomena, course and termination of the individual clinical forms that we cannot yet dream of a surely established edifice of knowledge. What we have formulated here is only a first sketch, which the advance of our science will often have occasion to change and to enlarge in its details, and perhaps even in its principal lines (Kraepelin (1913), p. 345, geciteerd in Decker (2007), pp. 355-356).

Bibliografie

- American Psychiatric Association (1952), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1st ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1968), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2nd ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd revised ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2014), DSM-5. Beknopt overzicht van de criteria (Nederlandse vertaling van de Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Cooper Rachel (2007), *Psychiatry and Philosophy of Science*. Acumen.
- Decker Hannah S. (2007), 'How Kraepelinian was Kraepelin? How Kraepelinian are the neo-Kraepelinians? – from Emil Kraepelin to DSM-III.' In *History of Psychiatry* 18(3), pp. 337-360.
- de Kroon Jos (1999), *Omzien naar de Psyche. Een Kritisch-Historische Benadering van de Psychiatrie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Demazeux Steeves (2015), 'The ideal of Scientific Progress and the DSM-III.' In Steeves Demazeux en Patrick Singy (eds.), *The DSM-5 in Perspective. Philosophical Perspectives on the Psychiatric Babel*. Dordrecht: Springer, pp. 3-24.
- De Vreese Leen (2014), 'The Concept of Disease and our Responsibility for Children.' In: Lloyd Wells en Christian Perring (eds.), *Philosophical Perspectives on Classification and Diagnosis in Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford University Press, pp. 35-55.
- Dupré John (1993), *The Disorder of Things. Metaphysical Foundations of the Disunity of Science*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Frances, Allen (2013), 'DSM in Philosophyland: Curiouser and Curiouser.' In Joel Paris en James Philips (eds.), *Making the DSM-5: Concepts and Controversies*. New York: Springer, pp. 95-103.
- Foucault Michel (1961), *Folie et Dérailson. Histoire de la Folie à l'âge Classique*. Parijs: Plon.
- Hacking Ian (1995a), 'The Looping Effects of Human Kinds.' In Dan Sperber, David Premack en Ann James Premack (eds.), *Causal Cognition: A Multidisciplinary Debate*. Oxford: Clarendon Press, pp. 351-83.

- Hacking Ian (1995b), *Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Haslam Nick (2002), 'Kinds of Kinds: A Conceptual Taxonomy of Psychiatric Categories,' in *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 9(3), pp. 203-217.
- Kendler Kenneth S. (2013), 'A History of the DSM-5 Scientific Review Committee.' In *Psychological Medicine* 43(9), pp. 1793-1800.
- Kendler Kenneth S., Zachar Peter en Craver Carl (2011), 'What Kinds of Things Are Psychiatric Disorders?' In *Psychological Medicine* 41, pp. 1143-50.
- Kendler Kenneth S. (2012), 'The Dappled Nature of Causes of Psychiatric Illness: Replacing the Organic-Functional/Hardware-Software Dichotomy with Empirically Based Pluralism.' In *Journal of Molecular Biology* 17, pp. 377-88.
- Kincaid Harold en Sullivan Jacqueline A. (2014), *Classifying Psychopathology. Mental Kinds and Natural Kinds*. Cambridge (MA)/ Londen: The MIT Press.
- Kirk Stuart A., Cohen David en Gomory Tomi (2015), 'DSM-5: The Delayed Demise of Descriptive Diagnosis.' In Steeves Demazeux and Patrick Singy (eds.), *The DSM-5 in Perspective. Philosophical Reflections on the Psychiatric Babel*. Dordrecht: Springer, pp. 63-81.
- Kraepelin Emil (1883), *Compendium der Psychiatrie zum Gebrauche für Studirende und Aerzte*. Leipzig: Abel. Latere edities (1893,1896,1899) uitgegeven onder de titel *Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studirende und Aerzte*.
- Kraepelin Emil (1913), *Lectures on Clinical Psychiatry. Abstracted and adapted from 7th edn of Psychiatrie (1904) by A. R. Diefendorf*. New York en Londen: Macmillan. Herdruk: Bristol: Thoemmes Press (2002).
- Kupfer David J., First Michael B. en Darrel A. Regier (eds.) (2002). *A Research Agenda for DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Nieweg, Edo (2012), 'Wat zijn DSM-Categorieën? ADHD als Casus.' In Damiaan Denys en Gerben Meynen (eds.), *Handboek Psychiatrie en Filosofie*. Utrecht: de Tijdstroom, pp. 83-94.
- Paris Joel (2013), 'The Ideology Behind DSM-5.' In Joel Paris en James Philips (eds.), *Making the DSM-5: Concepts and Controversies*. New York: Springer, pp. 39-44.
- Philips James (2013), 'The Conceptual Status of DSM-5 Diagnoses.' In Joel Paris en James Philips (eds.), *Making the DSM-5: Concepts and Controversies*. New York: Springer, pp. 143-57.
- Phillips James, Frances Allen, Cerullo Michael A., Chardavoyne John, Decker Hannah S., First Michael B., Ghaemi Nassir, Greenberg Gary, Hinderliter Andrew C., Kinghorn Warren A., LoBello Steven G., Martin Elliott B., Mishara Aaron L., Paris Joel, Pierre Joseph M., Pies Ronald W., Pincus Harold A., Porter Douglas, Pouncey Claire, Schwartz Michael A., Szasz Thomas, Wakefield Jerome C., Waterman G. Scott, Whooley Owen, Zachar Peter. (2012), 'The Six Most Essential Questions in Psychiatric Diagnosis: a Pluralogue Part 1: Conceptual and Definitional Issues in Psychiatric Diagnosis' in *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, 13(7) p. 3.

- Porter Roy (2002/2003), *Waanzin. Een Korte Geschiedenis (oorspronkelijke titel: Madness, a Brief History)*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Rosenhan David L. (1973), 'On Being Sane in Insane Places.' In *Science* 179 (4070), pp. 250-8.
- Szasz Thomas (1961), 'The Myth of Mental Illness.' In *American Psychologist* 15, pp. 113-118.
- Shorter Edward (1997/1998), *Een Geschiedenis van de Psychiatrie (oorspronkelijke titel: A History of Psychiatry)*. Amsterdam: Uitgeverij Ambol/ Tinke Davis.
- Stein Dan J. (2014), 'Psychopharmacology and Natural Kinds: A Conceptual Framework.' In Harold Kincaid en Jacqueline A. Sullivan (2014), *Classifying Psychopathology. Mental Kinds and Natural Kinds*. Cambridge (MA)/ Londen: The MIT Press, pp. 65-74.
- Tsou Jonathan (2012), 'Intervention, Causal Reasoning, and the Neurobiology of Mental Disorders: Pharmacological Drugs as Experimental Instruments.' In *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 43(2), pp. 542-51.
- Tsou Jonathan (2013), 'Depression and Suicide are Natural Kinds: Implications for Physician-Assisted Suicide,' in *International Journal of Law and Psychiatry*. 36(5-6), pp. 461-70.
- Tsou Jonathan (2015), 'DSM-5 and Psychiatry's Second Revolution: Descriptive vs. Theoretical Approaches to Psychiatric Classification.' In Steeves Demazeux and Patrick Singy (eds.), *The DSM-5 in Perspective. Philosophical Reflections on the Psychiatric Babel*. Dordrecht: Springer, pp. 43-62.
- Tsou Jonathan (2016), 'Natural Kinds, Psychiatric Classification and the History of the DSM.' In *History of Psychiatry* 27(4), pp. 406-424.
- Zachar Peter (2000), 'Psychiatric Disorders Are Not Natural Kinds.' In *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 7(3), pp. 167-82.
- Zachar Peter (2014), *A Metaphysics of Psychopathology*. Massachusetts: MIT Press.